



SAINT MARCEAU ORLEANS TENNIS DE TABLE

Salle Harismendy, 8 Avenue Alain Savary, 45100 Orléans
stmarceau.tt@free.fr Tel : 02.38.51.91.60

INSCRIPTION SAISON 2020-2021

1) INSCRIPTION CLUB – A COMPLÉTER

Nom, prénom de l'adhérent _____

Date de naissance : _____ Ville et département _____ Sexe: F M
Nom, Prénom du responsable (si adhérent mineur) _____

Adresse : _____

Tél : ____-____-____-____, Portable : 06-____-____-____-____, Tél professionnel : ____-____-____-____

EMAIL : _____

Les informations Club sont communiquées uniquement par mail ou sur le site <http://stmarceautt.fr>

Profession Adhérent : _____ Profession Conjoint : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Tél : ____-____-____-____ J'ai fourni un certificat médical Attestation questionnaire de santé

Demande de licence Création Renouvellement Mutation

Adhésion au Club + Licence + l'assurance obligatoire option 1 125 €

Options		
<input type="checkbox"/> Compétition	+ 35 €€
<input type="checkbox"/> Critérium fédéral	+ 40 €€
<input type="checkbox"/> Je souhaite l'assurance complémentaire (voir annexe)	+ 20 €€
<input type="checkbox"/> Tee-shirt du club taille XS au XXXL à définir	+ 22 €€
<input type="checkbox"/> SOIT Réduction renouvellement COVID	-15,00 €€
<input type="checkbox"/> SOIT Short BUTTERFLY (valeur 25€) taille à définir	offert€

TOTAL€

A l'occasion, je pourrais me rendre disponible pour **aider bénévolement le Club**

Ouverture de la salle, buvette, réparation du matériel, événement exceptionnel...

Je n'autorise pas le club à utiliser pour sa communication (interne, externe et internet) les photos et les images prises dans le cadre de ses activités.

Je n'autorise pas le club à communiquer mon email à la FFTT, au Comité et à Wack Sport.

Orléans,

Signature de l'adhérent/responsable légal

Paiement joint à l'inscription : en chèque bancaire en chèques vacances en espèces

Page 2 à compléter →

2) ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FACULTATIVE – **A COMPLÉTER**

COVEA RISKS garantit l'ensemble des licenciés de la FFTT

Je déclare avoir pris connaissance :

- de l'extrait des conditions générales d'assurances proposées par la FFTT, figurant sur le site web de la FFTT à l'adresse www.fftt.com, Rubrique "Administratif - Le contrat d'assurances" et déclare souscrire l'assurance de base.
- des garanties complémentaires (options Or, Argent et Bronze) ci-dessous. Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FFTT à l'adresse www.fftt.com, rubrique "Administratif - Le contrat d'assurances". Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre Comité, votre ligue ou de la FFTT.

Tarifs des garanties complémentaires			
Montant des capitaux complémentaires venant s'ajouter à ceux du contrat de base (âge limite à 70 ans pour les garanties décès-invalidité)			
	BRONZE	ARGENT	OR
Capitaux décès	7 600 €	15 300 €	23 000 €
Capitaux invalidité en cas d'accidents corporels	15 300 €	30 500 €	46 000 €
Indemnité journalière Franchise 3 jours Durée maxi. 365 jours Age à partir de 16 ans et moins de 65 ans	NEANT	15 €	23 €
Frais médicaux			50% du régime conventionné de la SS
Cotisations complémentaires TTC	8 €	13 €	20 €

Je reconnais avoir pris connaissance de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire à celle accordée obligatoirement par la licence FFTT.

- Je souhaite souscrire une assurance complémentaire**
 Je ne souhaite pas souscrire d'assurance complémentaire

Signature obligatoire du titulaire ou représentant légal :

Page 3 à compléter →

A COMPLÉTER SI VOUS AVEZ UN CERTIFICAT MEDICAL DE MOINS DE TROIS ANS, ET SI VOUS AVEZ ETE LICENCIÉ EN CONTINU DEPUIS CETTE DATE, AVEC LA MENTION « PRESENTE AVEC CERTIFICAT MEDICAL »

3) QUESTIONNAIRE DE SANTE

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :		Oui	Non
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour :			
7	Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement, atteste en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.

Je soussigné :

Nom Prénom

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical de moins de trois ans à ce jour et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : ____/____/____

Nom du médecin _____

Date et signature du titulaire/représentant légal

Page 4 à compléter →

4) CERTIFICAT MEDICAL - À REMPLIR PAR LE MÉDECIN OU JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL SÉPARÉ

Je soussigné(e),
Docteur :
N° ordre (ADELI) :
Certifie avoir examiné M

et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Fait à _____ le _____ Cachet et signature du médecin :

Certification médicale (mention obligatoire*)	<input type="checkbox"/> J'ai fourni la saison dernière un certificat médical. Celui-ci a moins de trois ans à la date de cette demande et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu « Non » à toutes les questions du questionnaire médical (17-10)
	<input type="checkbox"/> Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé (17-9)
	<input type="checkbox"/> Je ne joins pas de certificat médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive
*Vous devez cocher obligatoirement une des 3 cases et une seule	

5) ATTESTATION D'ENGAGEMENT DU RESPECT DES MESURES RECOMMANDÉES ET PRISES PAR LE CLUB DANS LE CADRE DE LA PANDEMIE COVID-19 – A SIGNER

Le présent formulaire définit les conditions dans lesquelles son signataire peut accéder aux installations du Club ST MARCEAU ORLEANS TT dans le contexte de la pandémie COVID-19. Cette possibilité d'accès et les engagements pris par la signature de ce formulaire sont exclusivement réservés aux membres de ce club désirant s'inscrire pour l'année 2020-2021 à l'exclusion de toute autre personne.

Par la présente,

- J'atteste avoir été informé que le Club s'est engagé à respecter les mesures édictées par le gouvernement pour freiner la diffusion du Covid-19 tout au long de la crise sanitaire actuelle ;
- Je reconnais que malgré la mise en oeuvre de ces moyens de protection le Club ne peut garantir une protection totale contre une exposition et/ou une contamination par le Covid-19 ;
- Je m'engage à prendre toutes les précautions nécessaires à la protection de ma santé et de celle des autres personnes présentes dans l'enceinte sportive du Club, notamment en respectant les gestes barrières définis par le gouvernement ;
- Je m'engage à respecter les mesures de protection (obligatoires comme préconisées) par le gouvernement et en particulier celles édictées par le ministère des sports et mises en place par le Club ;
- Je m'engage également à respecter les modalités mises en place par le Club pour la saison 2020-2021.

Nom et prénom :

Pour les mineurs, nom et prénom du responsable légal :

Date :

Signature (du membre majeur ou du responsable légal pour les membres mineurs)
